

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS, NA
ESF CARLOS HERMÓGENES DA SILVA, VERA MENDES, PI**

Milagros Blanco Powel

Pelotas, 2015

Milagros Blanco Powel

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS, NA
UBAS CARLOS HERMÓGENES DA SILVA, VERA MENDES, PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família - EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Bollini e Silva

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

P881m Powel, Milagros Blanco

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos, na
ESF Carlos Hermógenes da Silva, Vera Mendes, PI / Milagros Blanco
Powel; Fernanda Bollini e Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Fernanda Bollini e,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha filha Maria Isabel por sua ajuda e
pelo amor.

A José Angel Samé, meu esposo, pelo apoio
incondicional.

A meus netos que tanto eu amo.

Agradecimentos

A minha equipe de saúde pelo apoio na realização deste estudo.

A minha orientadora Fernanda Bollini e Silva pela ajuda e a compreensão nestes meses de trabalho conjunto.

Resumo

POWEL Blanco Milagros. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na UBAS Carlos Hermógenes da Silva, Vera Mendes, Piauí /PI.** 81p, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Teve-se por objetivo, com o trabalho de intervenção, melhorar a atenção à saúde das pessoas hipertensas e diabéticas nesse território. Os cadernos de atenção primária do Ministério da Saúde do Brasil auxiliaram a equipe para o desenvolvimento da intervenção de 12 semanas, no período de janeiro a março de 2015. Para implementar a intervenção, foi necessário analisar a situação de saúde da comunidade da mencionada Unidade, identificando-se a falta de registros das ações na saúde dos usuários do Programa e a não utilização de protocolos para a realização das atividades com esse grupo específico. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados, foram a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Foram avaliados 188 usuários hipertensos e 54 diabéticos, com a participação ativa das famílias e comunidade, o que representou 72% de cobertura populacional para os usuários hipertensos e 83,1% de cobertura para os usuários com Diabetes Mellitus. Dentre os resultados principais, devemos destacar a adesão ao Programa, visto que os usuários, familiares e comunidade participaram de forma ativa nas ações, conseguimos realizar exame clínico apropriado que incluiu pés e pulsos, assim como a avaliação do risco individual, criando plano de ações específico para aqueles usuários com risco moderado e elevado no objetivo de erradicar fatores de risco modificáveis procurando melhoria da qualidade de vida, oferecemos orientações individuais e coletivas de qualidade previamente planejadas e discutidas nas reuniões da equipe garantindo assim a capacitação permanente dos profissionais. Hoje a equipe conta com um registro atualizado do Programa que vai nos permitir brindar um acompanhamento de qualidade aos usuários, além disso, foi atualizado o cadastro da população do Programa e das necessidades de medicamentos dos usuários para garantir sua aquisição na unidade. Conseguimos inserir o Conselho de Saúde na rotina da unidade, fato novo, pois nunca antes a comunidade participou na programação das atividades da UBAS, nem realizou controle social. Temos que destacar que o mais relevante foi conseguir que a avaliação fosse integral, com todos os membros da equipe (médica, enfermeira, dentista, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, técnica de laboratório para extração da amostra do sangue), pois essa atividade causou grande impacto na população. Observou-se a incorporação da intervenção à rotina de trabalho da Unidade, melhora na avaliação integral no processo de trabalho da equipe e uma mudança na atitude dos usuários, famílias e comunidade, quanto à procura do atendimento, visando à promoção de saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; programa de hipertensão e diabetes; saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de pacientes hipertensos cadastrados na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015	55
Figura 2	Proporção de pacientes diabéticos cadastrados na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015	56
Figura 3	Proporção de pacientes hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.	58
Figura 4	Proporção de pacientes diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.	59
Fotografia 1	Avaliação da saúde bucal dos usuários alvos da intervenção.	77
Fotografia 2	Visitas domiciliares a usuários acamados ou com dificuldades de locomoção	77
Fotografia 3	Atividades de grupo com usuários alvo da intervenção	78
Fotografia 4	Avaliação dos pés e pulsos aos usuários alvo da intervenção	78

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças de Transmissão Sexual
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESUS	Estadística do Sistema Único da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
HIPERDIA	Programa de Atenção a pessoa hipertensa e diabética
HAS	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SIAB	Sistema Informação da Atenção Básica
UBAS	Unidade Básica Avançada de Saúde

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), executado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS) Carlos Hermógenes da Silva do município de Vera Mendes, estado do Piauí. O mesmo está composto por cinco itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item, a análise estratégica, projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades. O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item, avaliação da intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes.

Ainda constam relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O quinto tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem da especializanda e o último item traz a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como seus apêndices e anexos.

1 - Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na ESF Carlos Hermógenes da Silva, temos uma infraestrutura adequada da unidade, há um trabalho para o melhor atendimento e resultados na saúde para elevar o nível de satisfação da população. Temos uma equipe de saúde, sendo apoiada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que nessas condições planejam-se as atividades nos programas de saúde. Em nossa UBAS temos a equipe de saúde formada por um Profissional do Programa Mais Médico para o Brasil, dois médicos clínicos geral, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, oito agentes de saúde, um odontologista, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um ortopedista, um ginecologista, um nutricionista, um assistente social.

Os profissionais da UBAS têm uma carga horária de 40 horas semanais, com consultas agendadas e demanda espontânea, assim como visitas domiciliares agendadas. Temos uma população de risco onde os maiores problemas de saúde são:

- Doenças crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- Doenças respiratórias agudas.
- Parasitismo intestinal.

Foram tomadas medidas para melhorar o estado de saúde e a higiene da comunidade, como a oferta de orientações individuais e coletivas de promoção de saúde, aumento da pesquisa de pessoas de risco de HAS e DM.

Realizam-se as consultas de puericultura indicando exames pertinentes e colocando tratamento segundo as situações que apresentem, como as doenças respiratórias, há orientação sobre a necessidade da higiene pessoal e ambiental assim como dos alimentos consumidos, importância de ferver a água do consumo e lavar as mãos frequentemente. Desenvolvem-se palestras a diferentes grupos de pessoas como, por exemplo, gestantes, idosos, crianças e adolescentes, mulheres em idade fértil. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem visitas domiciliares pelo menos uma vez por mês em cada domicílio e reúnem-se geralmente com a equipe na unidade para discutir a situação de sua microárea, uma vez por semana. Trabalha-se também com o Programa Saúde na Escola em que se abordam os cuidados clínicos nutricionais, odontológicos e oftalmológicos, orientações quanto à saúde sexual reprodutiva e promoção de atividades físicas e prevenção em relação ao uso de drogas e prevenção das DST.

A UBAS oferece os serviços do acolhimento, acompanhamento de pré-natal e puericultura, consultas de enfermagem, consultas médicas, consulta odontológica, curativos, dispensação de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, encaminhamento às especialidades médicas, exames laboratoriais e preventivos, grupo de educação em saúde, imunização, nebulização, planejamento familiar, teste de pezinho, tratamento odontológico, serviços de acolhimento com classificação de risco.

Ações de prevenção são desenvolvidas junto à Educação e Promoção Social do Programa Bolsa Família, que beneficia as famílias com vulnerabilidade social, em que estão presentes os ACS daquelas áreas. Também realizamos visitas domiciliares aos usuários idosos acamados, incapacitados, puérperas e recém-nascidos, assim como o atendimento à população rural distante com condições socioeconômicas vulneráveis e estradas de difícil acesso. A comunidade tem uma boa relação com a UBAS e a equipe conta com bom acolhimento, tendo acesso a todas as áreas disponíveis na Unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Vera Mendes pertence ao estado do Piauí, localizado no nordeste brasileiro, e sua densidade de 9.93 habitantes/ km². A altitude média é de 297m. O município se estende por 342 km² e contava com 3023 habitantes no último censo (1130 na área urbana e 1893 na área rural). A densidade demográfica é de 9.93 habitantes por km² no território do município.

Vera Mendes é vizinho dos municípios de Isaías Coelho, Itainópolis, Patos do Piauí e Floresta do Piauí. O município está situado a 58 km a Sul-Oeste de Picos a maior cidade nos arredores. Encontra-se a 252 metros de altitude.

O município conta com a Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS) denominada Carlos Hermógenes Da Silva, localizada na Rua Teodoro Silva, no centro da cidade, e está estreitamente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo um modelo de atenção de ESF.

A estrutura física da UBAS é composta por: uma recepção, dois consultórios médicos e um de enfermagem (cada um com banheiros internos), uma farmácia básica, uma sala de curativos, uma sala de nebulização, uma sala de vacinas, um laboratório clínico, uma sala de esterilização, uma copa, cinco banheiros, uma sala de reunião, um consultório odontológico, um consultório de fisioterapia, um laboratório de próteses dentárias, uma lavanderia, um almoxarifado e uma garagem. Na unidade temos presença de algumas barreiras arquitetônicas como falta de corrimãos, ausência de banheiros adaptados para cadeirantes e de tapetes antiderrapantes.

O fluxo de referência das ações e serviços de saúde da UBS é a seguinte: Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM) Picos (Pré-natal alto risco); CEO Jaicós (Centro especialidades odontológicas); Hospital Regional Justino Luz Picos (procedimentos de média e alta complexidade odontológica, Urgências, Emergências, partos e cesáreas normais); Hospital regional Mariana Pires (Paulistana) e Florisa Silva (Urgências e Emergências, partos e cesáreos normais); CAPS (Paulistana e Picos) para Usuários de álcool e outras drogas; Maternidade Dona Evangelina Rosa (Teresina) para gestação de risco.

Em relação às atribuições comuns a todos os profissionais, na UBS ocorre a busca ativa e a notificações de doenças e agravos de notificação compulsória e de outras situações de importância epidemiológica. Também são atribuições dos profissionais o acolhimento, acompanhamento da gestante e bebê (pré-

natal e puericultura), dos idosos, rastreamento de câncer de colo e de mamas, atendimento

aos profissionais do NASF, consulta de enfermagem, consultas médicas, consulta odontológica, curativos, dispensação de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, encaminhamento às especialidades médicas, exames laboratoriais e preventivos, grupo de educação em saúde, imunização, nebulização, planejamento familiar, teste de pezinho, tratamento odontológico. Em nossa UBAS há coleta de amostra de sangue dos usuários para exames laboratoriais, e as amostras são enviadas a Picos para sua avaliação. Também prestamos serviços de acolhimento com classificação de risco: situação não aguda (cor azul), urgência relativa (cor verde), urgência prioritária (cor amarela) e situação aguda ou crônica agudizada (cor vermelha). Há consultas programáticas para hipertensos e diabéticos, puericultura, pré-natal, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia e fisioterapia. A UBS oferece atendimento às comunidades da zona rural: Lagoas do Campo, Lagoas do Fogo, Lagoinha, Sitio, Formosa, Lagoa de Achada, Lagoinha de Venâncio, Morada, Sejas, Sacão, Queimada da Melancia, Mundão, Recanto I e II, Barras, Formiga, Campestre, Balança, Recanto I e II, Jiboia, La Represa, Ipueira, Morro Solto e Tanque de Terra.

A população da área de abrangência da UBS é de 3023 pessoas, com predomínio do sexo masculino. Há 22 crianças menores de um ano, menores de 5 anos são 104, de 5 a 14 anos são 558, 15 a 59 anos são 2083 e com mais de 60 anos são 256. O tamanho do serviço é adequado e a UBS tem uma equipe de saúde e um profissional do Programa Mais Médico, para assistir a população da área adstrita.

Os prontuários chegam ao atendimento médico com classificação de diferentes cores em dependência do risco, os usuários chegam à consulta com avaliação do peso, altura, valores de Pressão Arterial (PA), e circunferência abdominal, hemoglicoteste em usuários com diabetes, os usuários de puericultura chegam com mensurações de circunferência cefálica, torácica e abdominal, vacinas recebidas no último mês. As consultas oscilam nos 20 casos diários e as visitas domiciliares arredor dos 15 casos, as pessoas são pesadas, medidas e verificada a PA e a glicemia (os dados são registrados nos prontuários e livro de visitas domiciliares).

A vulnerabilidade dos usuários e sua classificação é responsabilidade das enfermeiras. A enfermeira supervisora organiza a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias, etc. Os médicos determinam quando encaminhar/agendar uma consulta médica; mais de forma geral todos trabalham em equipe na tomada de decisões, por isso é necessário ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções. São priorizados para consultar os idosos, gestantes, crianças, urgências, emergências, evitando assim burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, e para ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado pela equipe.

Em relação às ações para a saúde da criança, existem cadastradas 22 crianças menores de um ano, 104 crianças entre 1 a 4 anos e 322 crianças entre 5 a 9 anos. Nossa cobertura de atendimento das crianças é de 100%, porém segundo a estimativa populacional deveríamos ter 45 crianças menores de 1 ano de idade, porém só temos 22, devido à baixa taxa de natalidade. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança, de forma geral, são avaliados como bons, ainda temos que melhorar a realização precoce do teste de pezinho e avaliação dos recém-nascidos na primeira semana de vida, pois geralmente as puérperas não voltam a nossa área depois do parto, devido as condições desfavoráveis das vias de acesso (pista de terra) e a que a cidade fica muito distante dos serviços mais especializados. Depois de chegar a nossa UBS o seguimento é adequado, pois são avaliados mensalmente pela pediatra da equipe, são oferecidas orientações sobre aleitamento materno, vacinas, importância das consultas de Puericultura, são fornecidas orientações individuais e coletivas nas atividades de grupo sobre prevenção de acidentes, doenças respiratórias altas, doença diarreicas agudas e outros temas de interesse. Os registros de puericultura contêm: nome e sobrenome, nome da mãe, endereço, data de nascimento, data de agendamento de consultas, vacinas, tratamento com sulfato ferroso e vitamina A.

Na UBAS Carlos Hermógenes da Silva temos 100% de cobertura das gestantes da área de abrangência, sendo realizado atendimento pré-natal todos os dias em ambos os turnos, atividades de grupo multidisciplinar, mas ainda temos dificuldades na conscientização da importância da avaliação odontológica. Já estamos fazendo avaliação de risco para 100% das grávidas (idade, aceitação da gravidez, paridade, renda familiar, último parto, fator Rh, antecedentes obstétricos como abortos, cesárea, natimorto, prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, placenta prévia, Data Provável do Parto). Também avaliamos uso de drogas e doenças de risco, através de um questionário elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde do Piauí. O registro do pré-natal inclui: nomes e sobrenomes, endereço, data da última menstruação, data provável de parto, doenças associadas, risco com classificação, vacinas recebidas, data da citologia oncológica, data do próximo agendamento. Os registros são avaliados mensalmente pela enfermeira supervisora e médicos para detectar grávidas faltosas, identificar as mulheres com data de parto para o mês, vacinas recebidas, citologias pendentes. As grávidas recebem acolhimento pelas enfermeiras e são feitas no mínimo sete consultas pré-natais.

Para contribuir a melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS temos que: iniciar atividade preventiva e classificação do risco preconcepcional em toda mulher com vida sexual ativa, capacitar os ACS para pesquisar amenorreia na comunidade e informar a equipe de saúde para diminuir captação tardia.

Em quanto a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama em nossa UBS existem 732 mulheres com idade entre 25-64 anos e 227 mulheres com idade entre 50-69 anos. São realizados os exames para citologia oncológica todos os dias pela manhã, apesar disso, têm ainda 24 mulheres com atraso no exame do ano de 2014, sendo negada a sua realização. Contamos com um livro de registro do programa Prevenção do Câncer de Colo de Útero e também para o câncer de mama, onde a enfermeira encarregada do Programa, organiza dados de identificação, data de tomada da amostra, resultados da prova e data do próximo exame.

A equipe trabalha na conscientização das mulheres faltosas sobre a importância da citologia oncológica incrementando as ações de educação,

informando avaliação de risco, procurando inserir a família e comunidade em nossas ações. Nós indicamos ultrassons mamários e mamografia as mulheres a partir dos 50 anos. Atualmente, temos atraso de 38 mamografias, a equipe trabalha para convencer a essas mulheres dos benefícios desses exames.

Em relação à saúde dos idosos a população estimada é de 321 idosos e a equipe tem cadastrados e com acompanhamento 256 usuários maiores de 60 anos. Ainda o Programa de atenção à saúde da pessoa idosa deve melhorar em quanto a qualidade e integralidade do atendimento, pois o mesmo é meramente assistencial, não são avaliados aspectos como fragilização na velhice, rede social, estratificação do risco cardiovascular individual.

Outro fato a destacar é a qualidade das atividades de grupo, pois as mesmas não têm a qualidade necessária, nem a regularidade preconizada pelo Ministério da Saúde.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, Vera Mendes tem uma população estimada de 460 hipertensos e com acompanhamento pela equipe, 167 usuários, o que representa uma cobertura de 36.3%, dados que não são confiáveis devido a que o cadastro dos usuários está desatualizado, porém, não reflexam ainda os óbitos, pessoas que atualmente moram em outros municípios, casos novos, etc.(a mesma situação apresenta-se no caso dos usuários com Diabetes Mellitus) Temos uma cobertura deficiente e os indicadores da qualidade da atenção aos hipertensos não são adequados, pois não é avaliado o risco cardiovascular individual nem Score de Framingham, não é avaliada a saúde bucal, existe atraso importante da primeira consulta odontológica programática e as atividades de grupo não tem a qualidade e frequência preconizada pelo Ministério da Saúde. Não se realiza pesquisa ativa na comunidade em usuários maiores de 18 anos na busca de casos novos de HAS, porém as dificuldades que temos são decorrentes do processo de trabalho e na gestão, temos que conseguir que se pesquise hipertensão não só em pessoas com demanda espontânea de atendimento, mas em todas as pessoas maior de 18 anos, devendo-se ser feita uma avaliação pelo menos anual para conseguir realizar diagnóstico precoce de Hipertensão Arterial.

O mesmo acontece com a Diabetes Mellitus (DM), já que o estimado é de 113 diabéticos e só temos controlados 35 usuários (30.9%) A cobertura e os indicadores da qualidade da atenção são deficientes, durante as consultas os profissionais não avaliam pulsos, pés, sensibilidade. O processo de trabalho poderia ser melhorado para contribuir na ampliação da cobertura e melhorar a qualidade da atenção à os usuários diabéticos, através da realização de um exame físico apropriado na busca de complicações da doença. Além disso, não avaliamos risco cardiovascular individual nem Score de Framingham, não é avaliada a saúde bucal, existe atraso importante da primeira consulta odontológica programática e as atividades de grupo não tem a qualidade e frequência preconizada pelo Ministério da Saúde.

Os principais problemas identificados pela comunidade do município foram: a dificuldade de acesso à saúde (sobre todos os moradores da área rural), a baixa qualidade no atendimento, a demora em obter vagas para atendimento pelo SUS e o alto índice de desemprego.

O maior desafio é mudar estilos de trabalho assistencial ao modelo preventivo de saúde. A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes, e é muito importante atuar sobre os fatores de risco como o sedentarismo, obesidade, estresse, tabagismo, alcoolismo, alimentação não saudável, dislipidemia, risco cardiovascular moderado e alto que podem desenvolver complicações mediatas e imediatas, situação que motiva a equipe para trabalhar de forma dinâmica nos principais riscos modificáveis para um melhor desenvolvimento.

- Situação dos usuários com HAS:

Com estratificação do risco cardiovascular: 2 (1.1 %)

Com exames complementares em dia: 49 (29.34 %)

Com avaliação da saúde bucal: 49 (29.34%)

- Situação dos usuários com DM:

Com estratificação do risco cardiovascular: 4 (11.4 %)

Com exames complementares em dia: 32 (28.3 %)

Com avaliação da saúde bucal: 16 (14.1%)

Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses: 42 (37.16%)

Com palpação dos pulsos tibial posterior: 42 (37.16%)

A participação da comunidade é de dois tipos, como simples usuários que demandam atendimento, que são a maioria e o usuário com liderança, com os quais foi criado o Conselho Local de Saúde depois do início do curso. Estes usuários exercem controle social através da participação das reuniões da equipe, participação das atividades de grupo, e participação da análise da situação sanitária e levantamento de problemas que mais afetam a comunidade.

1.3. Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da Análise Situacional.

Comparando o texto inicial de descrição da situação de saúde e o relatório, observa-se que o último está mais concreto, sendo que a elaboração das tarefas nas diferentes unidades do curso, as leituras disponibilizadas dos textos da Atenção Básica e o relatório da análise situacional nos facilitaram a identificar com lucidez as fraquezas e fortalezas da equipe. Desta forma, pretendemos alcançar, no curto e médio prazo, a organização e implementação dos programas pendentes, implementar os registros que nos permitam monitorar e avaliar nosso trabalho.

Alguns aspectos que mudaram em função da própria construção da análise situacional são: conscientização dos profissionais na realização do exame físico apropriado que inclui pés, sensibilidade, sistema arterial periférico, avaliação da estratificação do risco cardiovascular individual dos usuários, melhoria da qualidade das atividades de grupo, melhora do acolhimento, capacitação dos profissionais da equipe, melhoria dos registros, (fichas espelho), aquisição de novos instrumentais e calibragem dos já existentes (esfigmomanômetros, balanças, glicômetros, etc.), planejamento das atividades de grupo durante as reuniões da equipe o que contribui a atualização dos profissionais nos diferentes temas, melhoria da organização do trabalho da equipe com relação às atribuições dos profissionais e criação do Conselho de Saúde com liderança da comunidade que realizam controle social de nossas ações.

2. Análise estratégica

2.1 Justificativa

Em nossa UBAS o tema do foco de intervenção escolhido pela equipe de saúde foi no Programa de Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos por ser as principais doenças em nossa UBS. A Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus são doenças de elevada incidência no Brasil e todo o mundo. Como profissionais da Atenção Básica de Saúde, devemos atuar sobre os fatores de risco para um melhor controle destas duas patologias.

No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por cerca de 250.000 óbitos por ano, constituindo-se no primeiro grupo de causa de morte no país. Contudo os fatores de risco modificáveis são responsáveis por 80% das causas de doença cardiovascular. As doenças cardiovasculares (DCV) mesmo quando não são letais, frequentemente levam o indivíduo à incapacidade parcial ou total, além de proporcionar graves repercussões não somente na pessoa acometida, mas também à família e a sociedade (1). Dados da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) indicam que aproximadamente 80% dos óbitos por DCV ocorram nos países de baixa e média renda e até 2010, este grupo de doenças representou a principal causa de morte nos países em desenvolvimento (2).

Todos os profissionais da equipe participam das ações programáticas e medidas tomadas na UBAS. Oferecemos estratégias de prevenção, promoção, orientação, informação à população em geral. Fazemos reuniões mensais com participação do Conselho de Saúde onde são analisadas as principais problemáticas de saúde da comunidade, procurando estratégias para melhorar ou resolver as mesmas.

A razão para escolher esta ação programática foi devida que a maioria das consultas realizadas por nossa equipe de saúde, na UBAS Carlos Hermógenes da Silva, eram devidas a estas duas doenças crônicas (HAS e DM), além disso, os usuários não realizavam revisão da sua saúde, cuidados com alimentação, com medicações, não tinham conhecimento da importância de realizar a prevenção. Os usuários não estavam com a pressão arterial e glicemia controlados. Além disso, a equipe não estava acompanhando-os adequadamente em relação ao exame físico, exames complementares, promoção da saúde.

Esta ação para a população é muito importante, pois se realizou um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da Hipertensão e Diabete. O objetivo principal é estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, de forma a melhorar a qualidade de vida dos usuários, minimizar as complicações crônicas a longo prazo e reduzir a morbimortalidade.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de os usuários hipertensos e/ou diabéticos, na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes, PI.

2.2.2. Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3. Metodologia

Este projeto foi desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica Avançada de Saúde da Família (UBS) Carlos Hermógenes da Silva, no Município de Vera Mendes/Piauí. Participarão da intervenção 188 usuários hipertensos e 54 diabéticos.

2.3.1. Detalhamento das ações.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Realizar monitoramento da cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade através da revisão dos prontuários, livro do Programa, Controle de cadastro dos agentes comunitários de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- Registrar na ficha espelho e prontuários os dados referentes ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Todos os usuários cadastrados com consultas agendadas pelos agentes de saúde comunitários ou que cheguem espontaneamente à unidade de saúde foram acolhidos, escutadas suas demandas e resolvidas pelos membros da equipe. As informações do cadastro foram informadas a Secretaria de saúde para atualizar os dados do SIAB e Esus.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Em encontro com Conselho de saúde e comunidade em geral foram informados do início da intervenção, seus objetivos e metas, além disso, foram informados os benefícios que reportariam para os usuários alvo do estudo sua participação, orientamos a comunidade sobre o programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, frequência das consultas, periodicidade dos exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Capacitar a equipe no acolhimento dos pacientes do Programa HIPERDIA e para adoção dos protocolos referentes à saúde deste grupo populacional propostos pelo MS.
- Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização e interpretação do hemoglicoteste e sobre as informações devem ser fornecidas aos usuários, famílias e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar número de usuários hipertensos e diabéticos através da revisão dos prontuários e livro de Programa, com realização de exame clínico apropriado, com solicitação e realização dos exames laboratoriais, exame bucal e atendimento odontológico.

- Monitorar os usuários do Programa de atenção a hipertensos e diabéticos com acesso aos medicamentos disponibilizados na farmácia da unidade e com necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a agenda de trabalho dos profissionais para realizar esta avaliação aos usuários da área de abrangência.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
 - Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Disponibilizar na UBS o Protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e facilitar o acesso aos profissionais a esta ferramenta de trabalho ante qualquer dúvida.
- Definir com os profissionais da equipe quais são as atribuições de cada um no acompanhamento dos pacientes do Programa de atenção a hipertensos e diabéticos.
- Capacitar os profissionais da equipe no manejo do Protocolo, exame clínico apropriado, avaliação bucal, periodicidade e interpretação dos exames complementares.
- Pactuar com a gestora a disponibilidade pelo laboratório dos exames indicados aos usuários avaliados.
- Entregar necessidade de medicamentos atualizada a responsável da Farmácia e gestora para garantir entrega dos mesmos aos usuários.
- Solicitar a gestora de saúde os instrumentos e recursos necessários para avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Definir atribuições de cada profissional no acompanhamento dos usuários para evitar atrasos e oferecer um serviço de qualidade.
- Realizar durante o atendimento a avaliação da saúde bucal dos usuários e encaminhar ao dentista previa organização da agenda do profissional.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Informar aos usuários, familiares e comunidade sobre a importância do acompanhamento regular dos usuários hipertensos e diabéticos pela equipe de saúde para detectar situações de descompensação ou danos a órgãos alvos que podem ser revertidas com uma detecção precoce e ações de promoção de saúde.
- Informar sobre a importância da avaliação dos pés, pulsos tibiais posterior e pedioso, a necessidade da realização periódica dos exames complementares,

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos

Realizar capacitação dos profissionais da equipe na avaliação integral dos usuários hipertensos e diabéticos segundo protocolo do MS, informando importância do exame clínico apropriado, exame da saúde bucal, dos exames complementares e quais condutas adotar em caso de alterações para um encaminhamento oportuno. Informar sobre a disponibilidade de medicamentos para o controle destas doenças e do direito dos usuários a sua aquisição na unidade.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar a periodicidade das consultas realizadas pela equipe aos pacientes do Programa de atenção a hipertensos e diabéticos na unidade através da revisão dos prontuários e livro do Programa.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- Realizar encontro com a comunidade e Conselho de Saúde para informar sobre a importância do acompanhamento pela equipe de saúde á usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.
- Apoiar os ACS na busca ativa dos usuários faltosos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para fornecer informações a nossa população sobre a importância da realização dos exames complementares periodicamente para avaliar controle da doença, evitar complicações e para avaliar risco individual de cada usuário atingido com nossas ações.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o preenchimento adequado das fichas de acompanhamento e dos prontuários dos usuários do Programa atingidos, pelos profissionais envolvidos no estudo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco.
- Organizar registro das fichas espelho dos usuários do Programa para monitorar os faltosos ou com atraso dos exames complementares. Serão responsáveis pelo monitoramento a médica e enfermeira, os dados obtidos durante a intervenção serão informados semanalmente para retroalimentar o SIAB. Os médicos da equipe serão responsáveis pela avaliação da estratificação do risco individual dos usuários e pelo preenchimento das fichas espelho e prontuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Informar aos usuários e comunidade da importância da atualização dos registros pelos profissionais a qualquer nível de atenção para um acompanhamento adequado de sua doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar aos profissionais da equipe no preenchimento dos prontuários, fichas espelho dos usuários do Programa de Atenção a hipertensos e diabéticos, incluindo dados pessoais, exame físico e complementares.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Realizar avaliação anual da estratificação do risco cardiovascular individual dos usuários hipertensos e diabéticos tendo em conta resultados dos exames complementares para o cálculo do score de Framingham (lipidograma, glicemia de jejuno, etc.), exame físico avaliando circunferência abdominal, IMC, idade, sexo, etc., além de provas e exames para detectar danos secundários de órgãos alvos (eletrocardiograma, fundoscopia, estudos da esfera renal, etc.)

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro das avaliações.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Criar um plano de ações que inclui avaliação multidisciplinar de aqueles usuários com risco moderado e elevado para erradicar os fatores de risco modificáveis e dar seguimento periódico dos resultados dos mesmos.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

- Monitorar realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Conscientizar os usuários e familiares sobre a responsabilidade que cada paciente tem com relação à sua saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência acompanhados na unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Adotaram-se como protocolos os cadernos do MS sobre Atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para nossa intervenção (BRASIL, 2011). Será realizado o treinamento aos ACS para cadastro da população hipertensa e diabética antes de iniciar as suas atividades de atualização e recadastro da população do Programa, será organizada a agenda de trabalho dos membros da equipe para avaliação dos usuários provenientes da busca, assim como será aplicado o protocolo de acolhimento pelos profissionais responsáveis dessa atividade. A equipe de saúde organizará e discutirá uma agenda de atendimento integrada ao Programa saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Aproveitaremos os momentos de sala de espera ou qualquer outro contato com a comunidade para divulgar o direito de atendimento prioritário aos usuários com risco cardiovascular elevado. Discutiremos com usuários e comunidade a importância da avaliação do risco individual e da importância de realizar o autoexame bucal e exames complementares periódicos.

A equipe de saúde mensalmente monitorará a realização da primeira consulta de avaliação e de saúde bucal dos usuários, a partir dos dados registrados na unidade. Reservaremos na agenda de atendimento da médica e dentista vagas para atendimento de urgências. Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a prioridade dos pacientes com risco cardiovascular moderado e elevado. Registraremos nos prontuários e fichas espelho data do atendimento, sendo responsáveis: médica, enfermeira, dentista e técnica de saúde bucal. Os profissionais de saúde sinalizarão os casos novos de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e aqueles que não tinham acompanhamento na unidade, na folha de registro diário de consulta. A médica monitorará mensalmente as consultas dos usuários. Durante os momentos de atendimento coletivo e das salas de espera, os responsáveis das atividades, informarão à população sobre a importância do acompanhamento regular aos usuários portadores de HAS e DM.

Os técnicos realizarão os cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos que pela primeira vez visitam a unidade e a recepcionista agendará a consulta dos mesmos. A médica monitorará mensalmente os usuários faltosos as consultas programadas. Através dos ACS e Conselho de Saúde serão localizados os usuários faltosos para programar as visitas domiciliares. Uma vez por mês será realizada análise com os membros da equipe e do Conselho de Saúde sobre o desenvolvimento do programa. Identificaremos os usuários com déficit de peso ou obesos para ser monitorados pela equipe. Será realizada capacitação com técnicos, ACS e enfermeiras sobre a avaliação do peso, estatura, circunferência abdominal, avaliação e interpretação da PA e hemoglicoteste. Ofereceremos orientações individuais e coletivas sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável, tabagismo e saúde bucal etc. Responsáveis (médica, enfermeiras, técnicas de enfermagem, nutricionista).

As técnicas de enfermagem devem preservar o bom estado dos equipamentos e solicitar a sua manutenção periódica.

No momento da abordagem coletiva explicaremos aos usuários e comunidade sobre a promoção de saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica com o apoio de técnicos desenvolverá ao decorrer do projeto exposições dialogadas sobre a saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A médica responsável do projeto, realizará treinamento sobre o preenchimento dos prontuários e fichas espelho. A técnica apresentará uma relação dos usuários com vacinação atrasada. A farmacêutica deve fazer a solicitação com antecedência dos medicamentos dos usuários do Programa de Atenção a pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em proporção aos pacientes acompanhados. Aproveitaremos o momento da atividade coletiva para discutir sobre a importância do cumprimento do tratamento e realização dos exames complementares. O técnico administrativo e da farmácia serão responsáveis por registrar na folha de acompanhamento os usuários que recebem medicamentos na Farmácia Popular da UBAS.

Cada profissional registrará em prontuários e fichas espelhos as orientações sobre prática de exercícios físicos, alimentação saudável, tabagismo, prática de exercícios físicos e saúde bucal. Aproveitaremos o momento da atividade coletiva que realizaremos na UBAS, CRAS, escolas e casas comunitárias para informar aos usuários e comunidade da importância de manter os registros de saúde dos mesmos. Divulgaremos na comunidade através das diferentes formas possíveis sobre os fatores de risco presentes no município. Em reunião de equipe será definido o papel que cada membro terá na promoção de saúde da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O momento de sala de espera e outras atividades coletivas serão usados para incentivar estilos de vida saudáveis e abandono do tabagismo.

Discutiremos com a equipe a aplicação das orientações nutricionais. Instrumentalizaremos a equipe para orientar os usuários e comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Responsáveis serão a médica, nutricionista e enfermeiras. Também é necessário garantir a entrega rápida dos exames

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante nossa intervenção foram desenvolvidas todas as ações previstas no cronograma. As facilidades que possibilitaram o desenvolvimento do projeto foram o apoio da equipe de saúde, da secretaria de saúde e da Prefeitura.

Todos os usuários foram informados sobre a importância da estratificação do risco cardiovascular e de realizar ações de saúde que visem a erradicação de fatores de risco para melhoria da qualidade de vida.

Esclarecemos a comunidade e lideranças das mesmas sobre a importância das consultas na população-alvo e sobre as facilidades de realizar a consulta na UBS, atenção prioritária a hipertensos e diabéticos, importância do Programa, acompanhamento pela equipe de saúde, tomada da PA em adultos de 18 anos ou mais e realização de hemoglicoteste.

Contatamos com os gestores municipal e da UBS para dispor das fichas de Hipertensos e as de Diabéticos e ou acesso ao Programa de atenção de hipertensos e diabéticos do Ministério de Saúde. Para o acompanhamento mensal da intervenção, utilizamos a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso.

Tivemos um total de 18 usuários hipertensos e 4 usuários diabéticos faltosos que receberam busca ativa por membros do Conselho de Saúde, além disso, realizamos visitas domiciliares aos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção, que foram avaliados em suas casas pelos membros da equipe, incluindo nutricionista e fisioterapeuta. Avaliamos um total de 13 usuários acamados e todos receberam visitas domiciliares pela equipe.

Durante o acolhimento as enfermeiras e técnicas de enfermagens realizaram avaliação do peso, estatura, PA, circunferência abdominal de todos os usuários, glicoteste aos diabéticos ou com risco de padecer a doença. Durante as consultas foi calculado o IMC, avaliados os exames e indicados a aqueles que tinham atraso nos mesmos, e realizado exame físico que inclui mucosas, presença de edemas, aparelho respiratório e cardíaco, signos vitais, pulsos, abdômen, SNC, pés, cavidade bucal e pele.

Foram preenchidos prontuários, fichas espelho e livro do Programa. Em todos os usuários, foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação de risco cardiovascular por exame clínico (presença de fatores de risco, dano de órgãos alvos, etc.). Oferecemos orientações individuais sobre a importância do autoexame bucal periódico.

Foram oferecidas orientações pelos membros da equipe sobre tabagismo, alimentação saudável, importância da prática de exercícios físicos, saúde bucal, etc. Depois de realizada a estratificação do risco individual foram oferecidas informações a usuários e familiares sobre a classificação. Em usuários com risco B e C foi elaborado um plano com ações integrais para

eliminar fatores de risco modificáveis (tabagismo, obesidade, sedentarismo, etc.), além disso, informamos da importância do exame dos pés e pulsos para detectar neuropatias periféricas, mau perfurante plantar, cuidados a ter com a higiene dos pés.

Realizamos quatro atividades de grupo com os pacientes alvos da intervenção sobre HAS e DM, nos quais foram abordadas a importância do seguimento, tratamento higienodietético e farmacológico, complicações e prevenção dessas patologias.

Os ACS realizaram recadastro nas residências, apesar de que apresentamos dificuldades na identificação de novos usuários do Programa devido ao fato de nossa UBAS ter somente uma equipe de saúde que inclui a área urbana e rural do município, e há dificuldade de inclusão dessas pessoas que moram longe, com relação às atividades da intervenção. Atualmente a unidade conta com um registro atualizado do Programa e foram identificados novos usuários durante o estudo. Esses dados possibilitaram retroalimentar o SIAB e o ESUS.

Avaliamos um total de 199 usuários, deles 188 hipertensos (72%) e 54 diabéticos (83,1%). A equipe está muito satisfeita, sendo que nossa meta era atingir o 70% da população do Programa.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas durante as 12 semanas, apesar de algumas dificuldades descritas anteriormente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Nos três meses de intervenção, não tivemos dificuldades com relação à coleta e sistematização de dados, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Considero que a boa avaliação dos usuários desde o acolhimento pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem melhorou significativamente, sendo que conseguimos beneficiar outros usuários da UBAS como os idosos que são

portadores de HAS e DM durante o atendimento inicial. Também houve melhoria dos registros e das atividades em grupos, tanto qualitativa, quanto quantitativamente, pois as mesmas são planejadas pelos membros da equipe durante as reuniões semanais. Conseguir a avaliação do risco cardiovascular dos usuários atingidos também é muito gratificante, tendo em conta que não era realizado na rotina de trabalho da equipe.

Antes do início da intervenção o atendimento à população do Programa era meramente assistencial, as consultas eram realizadas com a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde, mais só eram um conjunto de ações, em que a promoção da saúde era substituída pelo atendimento superficial que incluía peso, estatura, avaliação da PA e hemoglicoteste aos usuários diabéticos, atualmente o seguimento inclui a realização do exame clínico apropriado que abarca mucosas, presença de edemas, aparelho cardiorrespiratório, abdômen, SNC, pulsos, sinais vitais, exame da cavidade bucal, pés e pele. Pode-se afirmar que avançamos muito, pois nossa equipe está oferecendo promoção de saúde evitando assim o aparecimento das complicações destas duas doenças tão frequentes em nossa comunidade. Na atualidade nossa equipe está qualificada para oferecer um atendimento integral e de qualidade a população hipertensa e diabética. A intervenção promoveu e intensificou o trabalho integrado de todos os membros da equipe que hoje trabalha consciente de que a promoção de saúde é pilar fundamental da Atenção Básica de saúde.

O cuidado da saúde bucal dos usuários e o agendamento de consultas priorizadas para a população alvo foi um ganho expressivo, pois conseguimos avaliar muitos usuários com situações como cáries, gengivites, causas comuns de descompensação nos diabéticos. Realizamos capacitação em saúde bucal que abarcou temas como escovação, uso do fio dental, auto exame bucal, que foi de grande aceitação da população.

O registro de dados de cobertura da população alvo é significativo atualmente estamos em condições de monitorar as atividades de acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos da área, podemos assinalar a proporção de usuários com estratificação do risco cardiovascular individual e sua classificação em baixo, moderado e elevado (A, B e C), que nos permite a priorização do atendimento e a realização de ações

encaminhadas a erradicar fatores de risco modificáveis, efetivando a promoção de saúde. A disponibilidade dos registros permite a equipes tenham um conhecimento mais preciso do estado de saúde da população que habita a área de abrangência da Unidade de Saúde. A educação em saúde constitui uns dos benefícios de maior importância na perspectiva da promoção da saúde.

As ações em grupo que foram realizadas focando o cuidado dos usuários, também foram inseridos na rotina da equipe e hoje continuamos avaliando os usuários que ainda não foram atingidos para otimizar o Programa na UBAS.

4. Avaliação da Intervenção.

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na UBAS Carlos Hermógenes da Silva, no município de Vera Mendes, com a ação programática na Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Utilizaremos a estimativa aportada pela Planilha de Coleta de dados disponibilizada pelo

curso. Nosso objetivo foi de melhorar a saúde da população do Programa de nossa área de abrangência, atingindo 72% da população hipertensa (188 de usuários da área estimados pela planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso) e 83,1% dos diabéticos (54 de usuários da área).

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 1.1 - Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBAS.

No primeiro mês conseguimos cadastrar 37 usuários (14,2%), no segundo mês cadastramos 92 usuários (35,2%) e no terceiro mês, foram cadastrados 188 usuários (72%), atingindo assim nossa meta (Figura 1).

Não se realizava pesquisa ativa na comunidade em usuários maiores de 18 anos na busca de casos novos de HAS, porém as dificuldades que tivemos são decorrentes do processo de trabalho e na gestão, temos que conseguir que se pesquise HAS não só em pessoas com demanda espontânea de atendimento, mas em todas as pessoas maiores de 18 anos devem ser avaliadas pelo menos anualmente para realizar diagnóstico precoce de HAS.

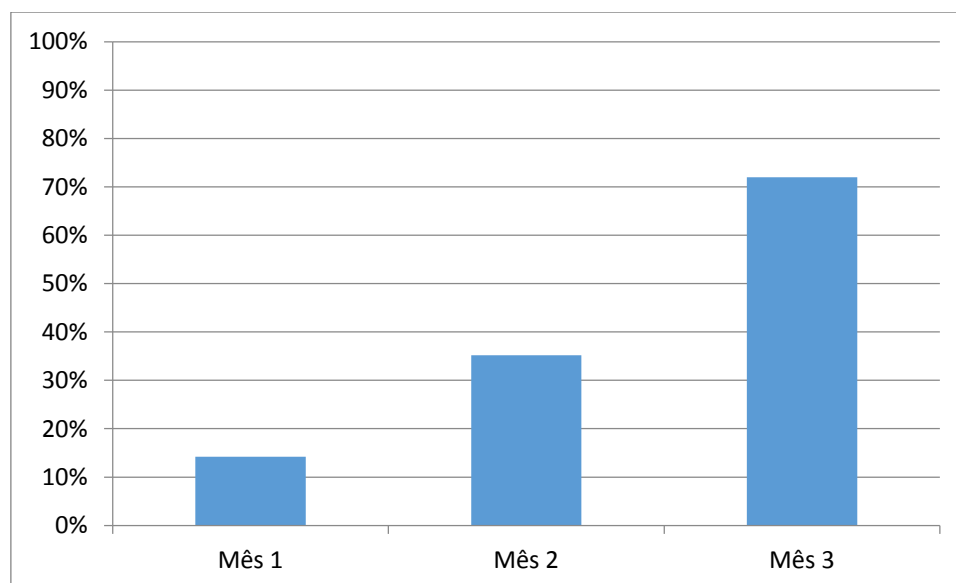


Figura 1 - Proporção de usuários hipertensos cadastrados na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.

Meta 1.2 - Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Nossa equipe não realizava pesquisa ativa a aqueles usuários com fatores de risco para Diabetes Mellitus, porém existia um subregistro dos usuários da área de abrangência com esta patologia, depois do início da intervenção foram pesquisados todos aqueles usuários com risco para Diabetes Mellitus (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de medicamentos, macrossomia e óbitos fetais de causa desconhecida, abortos habituais, síndrome de ovários policísticos etc.) o que permitiu identificar casos novos na população. Conseguimos cadastrar ao final da intervenção 54 usuários diabéticos (83.1 %), sendo que no primeiro mês foram cadastrados 11 usuários (16,9%) e no segundo mês, 32 usuários (49,2%) foram cadastrados, conforme demonstrado na figura 2.

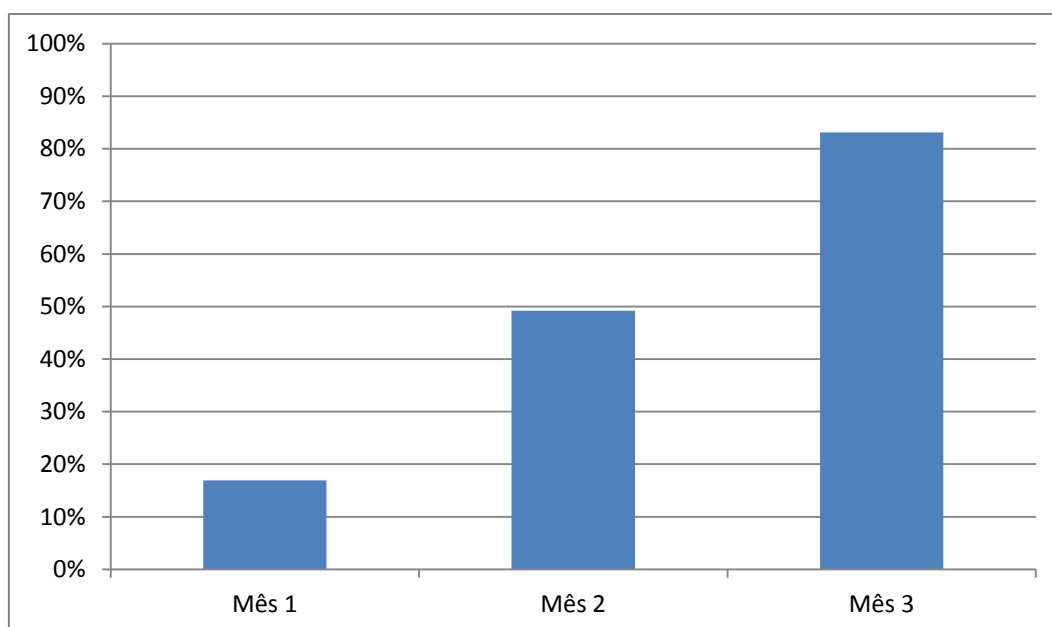


Figura 2 - Proporção de usuários diabéticos cadastrados na UBS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta: 2.1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Durante as ações da intervenção realizamos exame físico apropriado de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde a 100% dos usuários hipertensos atingidos, sendo 37 no primeiro mês, 92 no segundo mês e 188 no terceiro mês. O exame físico incluiu mucosas, presença de edemas, aparelho respiratório, frequência respiratória, aparelho cardiovascular, abdômen, PA, frequência cardíaca, sistema arterial periférico e profundo, cavidade bucal, MMSS e MMII.

Meta 2.2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Nossa equipe conseguiu atingir 100% dos usuários diabéticos avaliados em todos os meses de intervenção, 11 no primeiro mês, 32 no segundo mês 54 pessoas no terceiro mês, pois foi realizado exame clínico completo e com qualidade que incluiu exame das mucosas, pele, presença de edemas, aparelho respiratório, cardiovascular, sistema arterial (pulsos tibiais posteriores e pediosos), abdômen, SNC, exame da cavidade bucal, sensibilidade superficial e profunda.

Meta 2.3 - Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante o desenvolvimento da intervenção conseguimos indicar os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, para avaliação dos usuários hipertensos (hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma, potássio, creatinina, ureia, ácido úrico, urina, entre outros). Aos hipertensos de longa data indicamos estudo da esfera renal, ECG, fundo de olho, etc. Atingimos

100% dos usuários avaliados, totalizando os 34 usuários no primeiro mês, 92 usuários no segundo e 188 no terceiro mês.

Meta 2.4 - Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante o desenvolvimento da intervenção conseguimos indicar os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, para avaliação dos usuários diabéticos (hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma, hemoglobina glicosilada, urina, entre outros). Aos diabéticos de longa data indicamos estudo da esfera renal, ECG, fundo de olho, etc. Atingimos 100% dos usuários avaliados. No primeiro mês, 11 usuários, seguido de 32 no segundo e 54 no terceiro mês.

Meta 2.5 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Durante o primeiro mês da intervenção dos 37 usuários avaliados, receberam os medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada 33 usuários (89,2%), no segundo mês, dos 92 usuários avaliados, 77 recebem os medicamentos na unidade (84,1%) e no terceiro mês dos 188 usuários avaliados, 172 receberam os medicamentos da Farmácia da unidade (92%). Essas pessoas têm seguimento e acompanhamento em serviços privados ou usam medicamentos associados que não adquiridos na UBS (Figura 3).

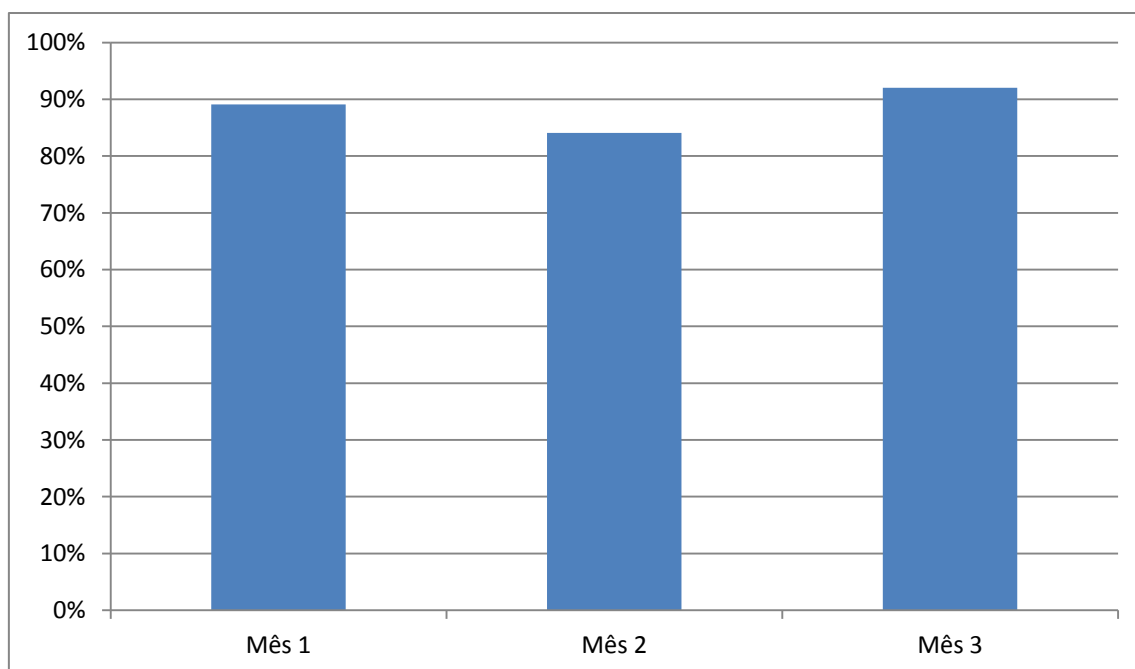


Figura 3- Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão priorizada na UBS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.

Meta 2.6 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hipertensão priorizada.

No primeiro mês de intervenção conseguimos prescrever medicação da farmácia popular para 11 usuários totalizando 100%, no segundo mês, atingimos 28 dos 32 cadastrados (90,3%) e no terceiro mês, dos 54 usuários diabéticos avaliados durante a intervenção, 1 usuário realiza tratamento higiênico-dietético e não utiliza medicação, dos 53 restantes, 49 utilizam medicamentos oferecidos pela Farmácia da UBS (92,5%). Os 4 usuários restantes têm seguimento e acompanhamento em serviços privados e não adquirem os medicamentos na unidade, conforme demonstrado na Figura 4.

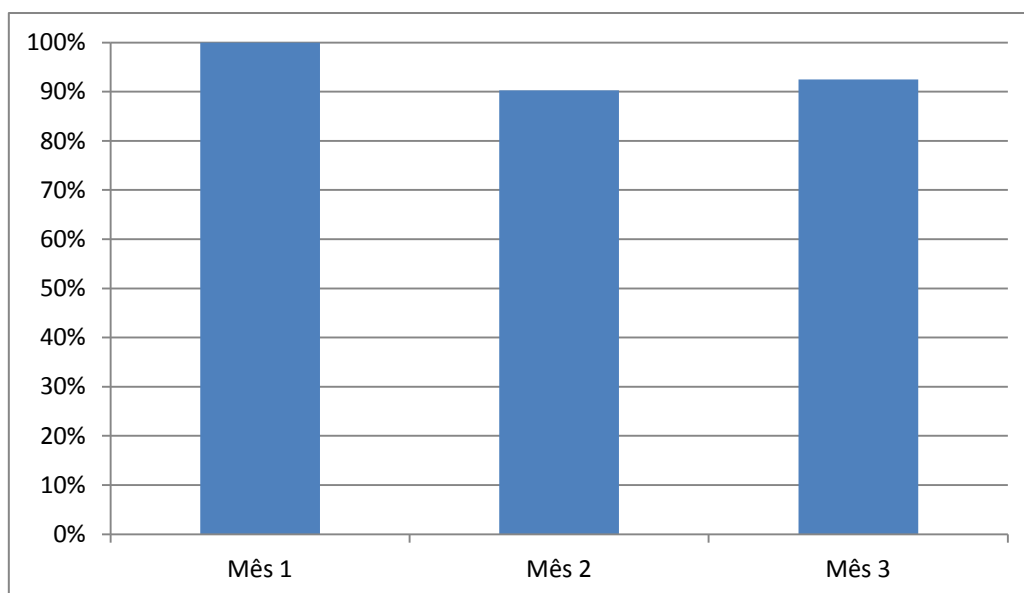


Figura 4- Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na UBAS Carlos Hermógenes da Silva. Vera Mendes/PI, 2015.

Meta 2.7 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Com relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, dos hipertensos, 37 no primeiro mês, 92 no segundo mês e 188 no terceiro mês, foram avaliados, e com relação aos diabéticos, no primeiro mês 11, no segundo mês 32 e no terceiro mês 54 usuários foram avaliados, totalizando 100% dos usuários hipertensos e diabéticos atingidos na intervenção, sendo pesquisadas doenças como gengivite, eritroplasia, leucoplasia, cáries, entre outros. A população foi orientada da necessidade da avaliação periódica pelo dentista.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2 - Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante as 12 semanas da intervenção, tivemos usuários hipertensos e diabéticos faltosos e todos receberam busca ativa pelos agentes comunitários de saúde e membros do Conselho de Saúde e foram recuperadas as consultas agendadas durante o cadastramento da população alvo da intervenção. Com relação aos hipertensos, no primeiro mês, tivemos seis usuários faltosos, no segundo mês, 12 usuários e no terceiro mês 18 usuários faltosos. Com relação aos diabéticos, no primeiro mês tivemos um usuário faltoso e no segundo e terceiro mês 4 usuários faltosos, totalizando 100% da busca a esses usuários.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção, em todos os meses conseguimos manter 100% dos registros adequados na ficha de acompanhamento que incluem dados como: Nome, sobrenome, idade,

sexo, endereço, data de nascimento e da avaliação, cartão do SUS, dados do exame físico, resultados dos exames, avaliação do Score de Framingham e avaliação do risco cardiovascular individual. Para os hipertensos foram acompanhados com a ficha 34 usuários no primeiro mês, 92 no segundo mês e 188 no terceiro mês, e para os diabéticos, 11 usuários no primeiro mês, 32 no segundo e 54 no terceiro mês.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Com relação à estratificação de risco cardiovascular, 100% dos hipertensos e diabéticos foram avaliados, sendo classificados em baixo, mediano e elevado riscos, segundo os pontos obtidos. Para os hipertensos realizamos a estratificação em 34, 92 e 188 usuários por mês respectivamente, e para os diabéticos, a estratificação foi realizada em 11 usuários no primeiro mês, 32 no segundo mês e 54 no último mês de intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 - Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 - Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nossa intervenção também teve como objetivo realizar ações de promoção e prevenção, que permitiram orientar os participantes e toda a comunidade acerca de alguns temas, como por exemplo, doenças crônicas, fatores de risco e a como prevenir os mesmos.

Todas as metas foram atingidas nos quatro meses de intervenção. Os usuários que participaram receberam as orientações de promoção e prevenção, durante as consultas, as visitas domiciliares e outros meios e estratégias para multiplicar as informações sobre ações preventivas.

As orientações sobre nutrição e alimentação saudável foram desenvolvidas por toda equipe, baseados no Guia de Alimentação para a população brasileira. O número de hipertensos que foram orientados quanto à essa meta, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 34 (100%), 92 (100%) e 188 (100%). Quanto aos diabéticos, 11 (100%), 32 (100%), 54 (100%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

Foram realizadas as orientações sobre a prática regular de atividade física, assim como os benefícios para melhorar a qualidade de vida. Os resultados obtidos nessa meta, no primeiro, segundo e terceiro mês, para os hipertensos foram, respectivamente, 34 (100%), 92 (100%) e 188 (100%). Quanto aos diabéticos, 11 (100%), 32 (100%), 54 (100%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

A divulgação sobre os riscos do tabagismo foi feita pela equipe durante as palestras e consultas, sendo oferecidas orientações sobre os riscos do tabagismo e os seus efeitos desfavoráveis. Todos os hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção foram orientados. No primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 34 (100%), 92 (100%) e 188 (100%). Quanto aos diabéticos, 11 (100%), 32 (100%), 54 (100%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

Para as questões sobre a higiene bucal, foi orientado como deve ser realizado a escovação, tempo de duração e periodicidade, uso do fio dental, higiene das próteses, entre outros. Todos os hipertensos receberam essas orientações, ou seja, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês,

respectivamente, 34 (100%), 92 (100%) e 188 (100%). Quanto aos diabéticos, 11 (100%), 32 (100%), 54 (100%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

Essas ações objetivas junto com o trabalho da equipe foram importantes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e proporcionar uma melhor qualidade de vida a população.

4.2. Discussão

Para analisar o significado dos resultados alcançados com a intervenção em Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para a população alvo, para os gestores e para a equipe de saúde usarei como referência os diários da intervenção e os resultados obtidos durante as 12 semanas de duração das atividades.

Nossa equipe está satisfeita com os resultados obtidos com relação à cobertura e os aspectos qualitativos dos usuários hipertensos e diabéticos, sendo que a deficiência de registros anteriores à intervenção, não permite comparar os resultados do ponto de vista quantitativo, e hoje, podemos medir a proporção desses pacientes em relação ao total de usuários do Programa de atenção de hipertensos e diabéticos estimados na área. Podemos individualizar o cuidado da saúde, segundo a estratificação do risco, do tratamento da doença, sendo que estes aspectos têm um significado importante para a equipe, para a comunidade e para a gestão. Para a população este resultado significa uma melhora na facilidade do acesso aos serviços, a forma da entrada e a forma como foram escutadas e atendidas suas demandas.

Avançamos muito no sentido da promoção em saúde, pode-se afirmar que nossa equipe está capacitada para oferecer informações de saúde evitando assim o aparecimento de complicações da população do Programa Hiperdia, garantindo qualidade de vida dos usuários. Na atualidade nossa equipe está qualificada para oferecer um atendimento digno, humanizado, integral e de qualidade a população hipertensa e diabética, tem domínio de técnica para avaliação dos pés e pulsos, sensibilidade superficial e profunda, exame bucal, técnicas de avaliação da PA, hemoglicoteste, etc.

Durante a instrumentalização ficaram bem definidas as atribuições de cada profissional segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde. A intervenção promoveu e intensificou o trabalho integrado de todos os membros da equipe e conscientizou os profissionais da necessidade de se envolver nas atividades do serviço.

Outro resultado de grande significado para usuários e comunidade foi o cuidado da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos através do agendamento de consultas para essa população, oferecendo as orientações sobre sinais de alerta do carcinoma bucal, autoexame da boca. As capacitações para identificar lesões pré-malignas e escovação, uso do fio dental, foram de muito significado para pacientes e familiares.

O registro de dados de cobertura da população alvo é significativo para as equipes de saúde e para a gestão. Atualmente podemos monitorar as atividades de acompanhamento dos usuários com HAS e DM da área. Conhecemos a proporção de usuários do Programa acamados ou com dificuldade de locomoção, aqueles que precisam de acompanhamento por apresentar complicações de sua patologia, além disso a equipe pode monitorar a adesão ao tratamento preventivo e medicamentoso indicado a aqueles com situações como obesidade, sedentarismo, dislipidemias, retinopatias, neuropatias, entre outros, permitindo a periodicidade adequada do acompanhamento e priorização do atendimento dos mesmos. Com a avaliação da estratificação do risco cardiovascular individual e sua classificação, conseguimos criar plano de ações multidisciplinares para erradicar aqueles fatores de risco modificáveis e melhorar a qualidade de vida dos usuários atingidos. Com os registros destes dados, a equipe consegue ter um conhecimento mais preciso do estado de saúde da população, que está na área de abrangência da Unidade de Saúde. A educação recebida pelos usuários, famílias sobre saúde bucal, prática de exercícios físicos, tabagismo e alimentação saudável constitui uns dos benefícios de maior importância na perspectiva da promoção da saúde e mudanças de estilos de vida.

Os benefícios obtidos com a intervenção permitiram avanços na promoção da saúde, e monitoramento das atividades da equipe de saúde. Um dos ganhos durante o processo da intervenção foi o aperfeiçoamento do Programa de saúde da Pessoa Hipertensa e Diabética na Unidade. O conjunto

de atividades realizadas em torno do cuidado dos pacientes ficou, totalmente, inserido na rotina da equipe. Hoje podemos perceber a equipe envolvida na realização de atividades de grupo, os usuários assistem regularmente ao serviço porque conhecem que as complicações de suas patologias podem passar despercebidas e é necessário a pesquisa para a detecção precoce e conseguir sejam resolvidas oportunamente.

Também foi muito importante conseguir inserir a nossa comunidade nas ações do projeto para exercer controle social, a intervenção demonstrou que a participação da comunidade é necessária para conseguirmos o sucesso nas atividades do serviço.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos pacientes sem cobertura, porém continuamos atualizando cadastro e avaliando pacientes pois desejamos atingir com nossas ações toda a população hipertensa e diabética da área de abrangência para otimizar o Programa na unidade.

O desenvolvimento da intervenção poderia ter sido facilitado se desde o início tivéssemos conseguido envolver a todos os profissionais da equipe no desenvolvimento das ações do Programa, o ideal teria sido envolver a equipe desde a análise situacional, quando percebemos que o seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos com acompanhamento na UBS não cumpria com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da saúde.

Nossa equipe pretende dar continuidade ao trabalho, continuamos avaliando os usuários do Programa para otimizar o mesmo, atualmente contamos com um registro atualizado que vai nos permitir dar seguimento a nosso trabalho e acompanhar os usuários de forma integral. A gestora de saúde recebeu uma listagem dos usuários novos e dos medicamentos e dosagem utilizados pelos mesmos para a aquisição na UBS.

5. Relatório da intervenção para gestores

O presente texto tem o objetivo de relatar, a gestora de saúde do Município de Vera Mendes, os resultados alcançados pelo foco de Intervenção no Programa de Atenção a pessoas hipertensas e diabéticas, desenvolvido na Unidade Básica Avançada de Saúde Carlos Hermógenes da Silva, no período de 12 semanas do ano 2015, pela equipe de saúde, como produto do Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade de educação à distância, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Prezada Secretária Gardênia da Silva Oliveira após cumprimentar vossa senhoria, gostaria de agradecer o apoio recebido para realizar o Curso de Especialização em Saúde da Família, mas também a sua equipe de trabalho pela confiança depositada na equipe de saúde da UBS Carlos Hermógenes da Silva, do município Vera Mendes. Temos certeza que sem vossa contribuição não tínhamos alcançado os resultados que hoje nos fazem exhibir resultados positivos neste Programa.

Baseado nos dados facilitados pela secretaria de saúde foi possível estimar a população de usuários hipertensos e diabéticos que moram na área de abrangência da Unidade, tal estimativa foi o ponto de partida para calcular os indicadores previstos para o monitoramento e avaliação das ações propostas. Antes de falar sobre os resultados, gostaria de comentar que, apesar da equipe sempre registrar os atendimentos relativos ao acompanhamento dos usuários do Programa de atenção a hipertensos e diabéticos, tais registros referiam-se, apenas, as avaliações do peso, estatura, circunferência abdominal, pressão arterial e hemoglicoteste, assim como medicação de uso regular, ou seja, a avaliação bucal, exame físico dos pés e pulsos, risco cardiovascular individual não eram avaliados, aspectos importantes para alcançar uma atenção integral da população do programa, os dados referentes à qualidade do atendimento não estavam completos nem eram registrados, sendo impossível, por exemplo, saber a proporção de usuários com risco individual moderado ou elevado, com fins de criar plano de saúde destinado a diminuir ou eliminar os fatores de risco modificáveis que davam lugar a sua condição de risco. Dessa maneira, a equipe não podia

monitorar, nem avaliar o estado de saúde da população alvo do programa. Com a implementação do Projeto de intervenção proposto no curso esse panorama mudou positivamente.

Hoje podemos afirmar que a cobertura dos hipertensos atendidos pelo Programa durante o período de intervenção no primeiro mês, foram de 37 pacientes (14,2%), no segundo mês cadastramos 92 usuários (35,2%) e no terceiro mês, foram cadastrados 188 usuários (72%), atingindo assim nossa meta de atingir o 70% da população com hipertensão arterial.

Nossa equipe não realizava pesquisa ativa a aqueles usuários com fatores de risco para Diabetes Mellitus, porém existia um subregistro dos usuários da área de abrangência com esta patologia, depois do início da intervenção foram pesquisados todos aqueles pacientes com risco para Diabetes Mellitus (obesidade, tabagismo, sedentarismo, uso de medicamentos, macrossomia e óbitos fetais de causa desconhecida, abortos habituais, síndrome de ovários policísticos etc.) o que permitiu identificar casos novos na população. Ao final da intervenção, conseguimos cadastrar 54 usuários diabéticos (83,1%), sendo que no primeiro mês foram cadastrados 11 usuários (16,9%) e no segundo mês foram 32 diabéticos cadastrados (49,2%).

Consideramos que os resultados obtidos pela intervenção significam um ganho na qualidade do serviço oferecido pela equipe de saúde da UBS Carlos Hermógenes da Silva para a população hipertensa e diabética do município Vera Mendes visando a um enfoque de promoção de saúde como é preconizado pelo Ministério da Saúde, o fato de, hoje, poder ter o registro dos dados que permitam fazer tais afirmações nos coloca numa posição distinta, comparado com o período prévio à intervenção.

Trabalhamos com a prevenção e promoção em saúde, por meio da realização de oficinas e palestras, desenvolvendo atividades relacionadas a saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Nas consultas, foi realizado a estratificação de risco cardiovascular.

Todas estas ações tiveram impacto em outras ações, como administração pública do município, na secretaria e educação incluindo as escolas envolvidas na intervenção, serviço social CRAS, os profissionais de NASF, as farmácias do município.

Foi muito importante a intervenção, pois no início todas as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico e na enfermeira, porém com a realização da intervenção, esta realidade foi modificada.

Estamos ampliando o trabalho por toda a equipe para a conscientização da comunidade a necessidade de priorização de hipertensos e diabéticos e também de outras ações programáticas do Ministério de Saúde, sobre todo os de alto risco.

Pretendemos que intervenções como estas, sejam ampliadas para todo o município de Vera Mendes, portanto é preciso um árduo trabalho para conscientizar a comunidade sobre a importância da prevenção e promoção em saúde.

6. Relatório para a comunidade do município Vera Mendes.

Primeiramente desejo cumprimentar a todos os presentes neste espaço.

Vocês lembram com certeza a chegada do Programa Mais Médico ao município, pela primeira vez trabalhava uma medica estrangeira na cidade, muitos até acreditavam não poderiam receber os benefícios pois não compreenderiam a fala da profissional. Hoje a quase 2 anos da chegada do Programa a Vera Mendes estamos satisfeitos com os resultados obtidos durante a intervenção no Programa de Atenção a pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A preocupação inicial foi a compreensão do idioma da médica cubana, logo durante nosso primeiro encontro com usuários e comunidade surgiram dúvidas sobre porque não era feita pesquisa ativa em todos os usuários maiores de 18 anos? Por que nunca foi avaliado o risco cardiovascular individual dos usuários do Programa? Por que os usuários não recebiam avaliação periódica da saúde bucal, dos pés, dos pulsos? Por que as atividades de grupo eram escassas para essa população? Cadê a promoção de saúde a população do Programa, da pesquisa ativa para detectar doenças ocultas? Cadê o atendimento integral? Não era possível que nossa equipe continuará prestando um serviço assistencial em detrimento da promoção de saúde.

Graças ao empenho da equipe de saúde da UBAS Carlos Hermógenes da Silva, essa situação ficou para trás. Hoje, apesar de que continuamos trabalhando, o panorama é outro, os usuários que participaram da intervenção foram avaliados integralmente, todos têm avaliação do risco cardiovascular individual com ações dirigidas a eliminação dos fatores de risco modificáveis o que melhorara consideravelmente sua qualidade de vida, todos tem avaliação da saúde bucal e aqueles que precisaram atendimento pelo dentista foram assistidos e suas necessidades resolvidas, todos têm atualizados os exames complementares e exame físico apropriado que inclui pés e pulsos . Hoje os usuários recebem orientações nas atividades de grupo, para tomar as medidas

necessárias com o fim de evitar a ocorrência daquelas doenças potencialmente evitáveis ou conseguir o controle das doenças crônicas transmissíveis.

Foi possível ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, cadastrando a população alvo e realizando o cadastramento destes usuários. Ao final da intervenção, alcançamos uma cobertura de 72% para os hipertensos e 83,1% de cobertura para os usuários diabéticos. Destaca-se que foi realizado um trabalho em equipe, com apoio dos ACS.

Desde o início foi discutido com a comunidade as atividades que a equipe vinha desenvolvendo. Foi possível realizar uma ótima articulação com a comunidade e lideranças. Destaca-se que dialogamos com os usuários os critérios sobre priorização de atenção aos hipertensos e diabéticos, como também foi discutido sobre a melhor maneira de implementar esta priorização de atendimento, porém a população tem dificuldade no entendimento sobre este assunto.

A equipe de saúde durante toda a intervenção realizou engajamento público, informando a comunidade do Programa de atenção a Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, orientando sobre a importância do rastreamento destas doenças e os fatores de riscos.

Dialogamos com a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares, avaliando a necessidade de realização de exames complementares, informando sobre o direito de acesso aos medicamentos da Farmácia popular e a importância de realizar avaliação odontológica.

Destaca-se que como trabalhamos com diferentes culturas, foi necessário capacitar a comunidade para uma convivência baseada no respeito e aceitando as diferenças, promovendo assim uma integração social.

Foi importante a gestão social e patrimonial realizada por a equipe de saúde, a dinamização e auto-organização da população, no sentido de potencializar as capacidades de intervenção e gestão dos moradores. Estamos inserindo a intervenção na rotina de trabalho da UBAS.

Nós os profissionais desta Unidade de Saúde, sentimos a necessidade de informar a cada um de vocês às mudanças acontecidas em nosso atendimento, hoje continuamos atendendo situações agudas, pero temos um espaço reservado para cuidar da saúde desse usuário portador de doenças como hipertensão arterial e diabetes mellitus no intuito de evitar complicações que afetem sua qualidade de vida, nosso serviço está mais organizado, graças aos ensinamentos facilitados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Pelotas. Contudo, consideramos, ainda, que podemos fazer mais e melhor com a integração de todos os membros da comunidade e organizações sociais, hoje contamos pela primeira vez com um Conselho de Saúde exercendo controle social, foi fortalecido o vínculo com o CRAS, os usuários do Programa com risco moderado ou elevado têm garantida prioridade no atendimento na UBAS, recebem atividades de grupo de qualidade e podem ter a certeza que o programa beneficiará a uma quantidade maior de usuários e vai ser mantido no tempo como parte da rotina de trabalho da equipe.

Finalmente gostaríamos de agradecer a toda a comunidade a confiança depositada na equipe de saúde da UBAS Carlos Hermógenes da Silva e pelo apoio recebido.

Muito Obrigada.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento da especialização permitiu aprofundar meus conhecimentos sobre a realidade da saúde no nordeste de Brasil, interagir com a população, famílias e comunidade enriqueceu minha experiência como profissional da saúde, além disso foram criadas bases para instrumentalizar a equipe, pois o domínio dos protocolos permitiu discutir sobre temas como atribuições dos profissionais e estratégias para implementação dos programas na unidade.

Consegui melhorar a compressão da língua portuguesa, o que facilitou meu trabalho com a população.

Uma das estratégias de aprendizagem que gostei muito foram os casos interativos, achei muito práticos e efetivos para a revisão de temas em que tínhamos dificuldades, tendo em conta que são protocolos de seguimento diferentes aos de Cuba.

Enquanto aos Testes de Qualificação Cognitiva devo destacar que o tempo para seu desenvolvimento e estudo é pouco, considero importante flexibilizar pedagogicamente o tempo individual de aprendizagem do aluno.

A intervenção facilitou o processo de aprendizagem do educando. O processo de aprendizagem foi dando-se de forma gradual e na medida em que o discutido aplicava-se à prática cotidiana.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos - um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2 eds. 2 reimpor. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Cartilha Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Lima FET, Araújo TL, Moreira TMM, Lopes MVO, Medeiros AM. **Características sociodemográficas** de Nascimento JS, Gomes B, Sardinha AHL Rev Rene, Fortaleza, 2011.

Organización Panamericana de la Salud. **Guia clínica para Atención primaria a las personas mayores**. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. CANAAN, F. A. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores

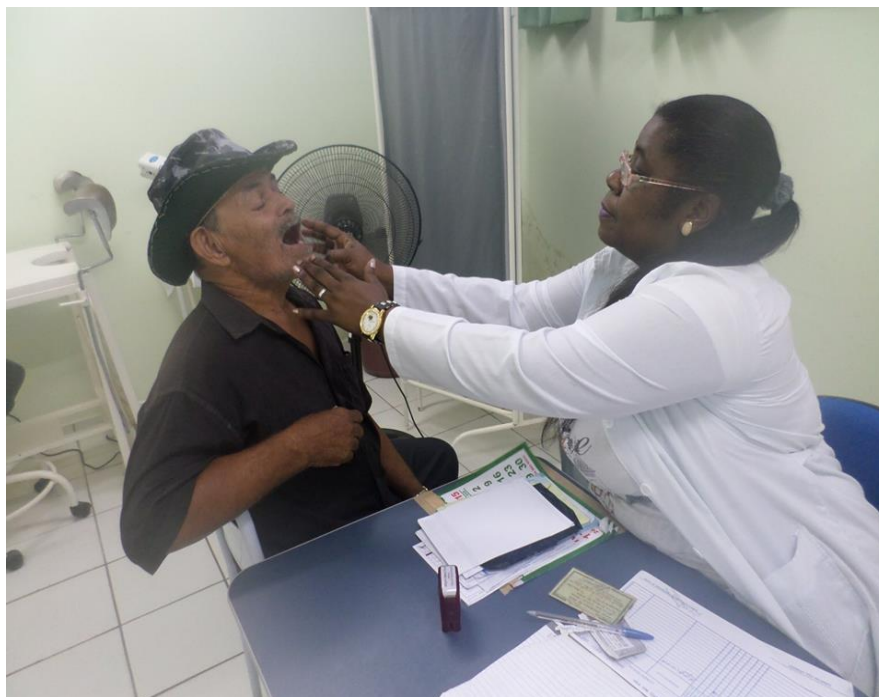
Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial e sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

Apêndices

Apêndice A– Fotos da intervenção

Fotografia 1: Avaliação da saúde bucal dos usuários alvos da intervenção.



Fonte: A própria autora

Fotografia 2: Visitas domiciliares a usuários acamados ou com dificuldades de locomoção.



Fonte: A própria autora

Fotografia 3: Atividades de grupo



Fonte: A própria autora

Fotografia 4: Avaliação dos pés e pulsos



Fonte: Própria autora

Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Precisa de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO						
DATA						
POSOLOGIA						
Hidroclorotiazida 25 mg						
Captopril 25 mg						
Enalapril 5mg						
Enalapril 10 mg						
Losartan 50 mg						
Propranolol 40						
Atenolol 25 mg						
Atenolol 50 mg						
Anlodipina 5 mg						
Anlodipina 10 mg						
Metformina 500 mg						
Metformina 850 mg						
Glibenclamida 5 mg						
Insulina NPH						
Insulina regular						

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS							
DATA							
Glicemia de Jejum							
HGT							
Hemoglobina glicosilada							
Colesterol total							
HDL							
LDL							
Triglicerídeos							
Creatinina Sérica							
Potássio sérico							
Triglicerídeos							
EQU							
Infeção urinária							
Proteinúria							
Corpos cetônicos							
Sedimento							
Microalbuminúria							
Proteinúria de 24h							
TSH							

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		Exame dos pés (normal ou alterado)
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)	


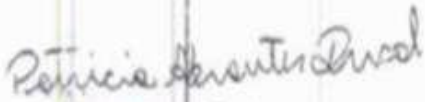
Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

Anexo B - Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

	A	B	C	M	N	O	P	Q
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

Anexo C - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastel Fassa	
Projeto: <i>Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora,	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo D
Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: